Министерство здравоохранения Московской области
Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
Московской области
«Московский областной медицинский колледж №1»

Наро-Фоминский филиал

Специальность
34.02.01 Сестринское дело

Дипломная работа

Черновой Марины Андреевны

Деятельность медицинской сестры поликлиники в реабилитационном процессе у детей с заболеваниями дыхательной системы.

Руководитель

Преподаватель специальных дисциплин
Казакович И.В.

2016 г

СОДЕРЖАНИЕ

Введение…….……..….3

Глава 1 Теоретические аспекты реабилитационного процесса у детей с заболеваниями дыхательной системы.....,.....6

1.1 Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей.....6

1.2 Общая характеристика заболевания дыхательной системы у детей.....9

1.3 Реабилитационный процесс при заболеваниях органов дыхательных систем 15

Глава 2 Анализ деятельности медицинской сестры поликлиники в реабилитационном процессе у детей с заболеваниями бронхиальной астмой.....19

2.1 Оценки по статистическим показателей у детей заболеваний дыхательной системы…….....……..19

2.2 Деятельность медицинской сестры поликлиники в реабилитационном процессе у детей с заболеваниями дыхательной системы..... 22

Заключение ……..……..……..32

Список использованной литературы…..……34

Приложения……..

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность выбранной нами темы в том, что диагноз "бронхиальная астма" в наше время стал очень популярным и распространенным. К сожалению, на данный момент в России и других странах мира, которые находятся в северном полушарии нашей с Вами планеты очень много детей, которые болеют именно бронхиальной астмой. Мы считаем, что бронхиальная астма – это ничто другое, как плод урбанизации и эры антибиотиков[16, с.34].

Все мы неоднократно слышали, что бронхиальную астму невозможно излечить, что единственным, что можно сделать – это длительная ремиссия. Но в противоречие этому, мы также с вами много знаем случаев полного избавления от болезни в период полового созревания или длительного выраженного действия желез внутренней секреции.

В середине 80-х годов одним большим коллективом ученых, наконец, то был закончен многолетний цикл исследований. В результате этих исследований мир узнал о новом подходе к функциональным расстройствам органов дыхания у человека. Подход заключался в том, что реабилитацию пациентов с заболеваниями органов дыхания можно проводить не медикаментозно[18, с.87].

Основным принципом нового подхода стало изменить обычный круг лечения, которое заключалось не в том, что бы бороться с причиной болезни, а в том, что бы бороться с проявлениями самых обычных защитных реакций организма человека. Если мы разорвем данный круг, то получим некую линию. Что бы легче было воображать, мы представим ее в виде, какой то прямой. На одном конце края точка с названием «бронхиальная астма», с другой стороны точка с названием – «здоровье».

Но между ними мы должны нанести несколько точек с предшествующими состояниями: бронхиальная астма – бронхит – острое

респираторное заболевание.

Сама по себе реабилитация предполагает дать возможность пациенту пройти путь оздоровления от точки бронхиальная астма к точке здоровье. Непосредственно перед этим пройти через все промежуточные точки, т.е. состояния организма. Если при этом использовать комплексно систему реабилитации, то путь развития заболевания в обратном направлении можно пройти за 3-4 месяца. Если, конечно же, начать путь с точки ОРЗ, то срок реабилитации можно сократить и до двух месяцев[16, с.56].

Ну конечно все это выглядит уж чересчур оптимистично. Но если внимательно все изучить, то мы можем увидеть, что весь этот оптимизм обосновывается огромным и тяжелым трудом специалистов и родителей. Если вовремя не изменить состояние ребенка, который заболел, если не помочь ему посмотреть на свою болезнь с другой стороны и изменить свое отношение к ней и все это не закрепить в ЦНС, то вся предыдущая работа и усилия будут ни к чему[11, с. 34].

Таким образом, мы можем утвердительно сказать, что система реабилитации должна на определенный период стать образом жизни для ребенка, который более и для всей его семьи с четко прописанной и выполняемой системой реабилитации. Только таким образом можно достичь позитивного результата.

Объект исследования: заболевания дыхательной системы у детей, роль медицинской сестры в реабилитации детей с заболеваниями органов дыхательной системы.

Предмет исследования: деятельности медицинской сестры поликлиники в реабилитационном процессе у детей с заболеваниями бронхиальной астмой.

Цель исследования:

Изучить **д**еятельность медицинской сестры поликлиники в реабилитационном процессе у детей с заболеваниями дыхательной системы.

Задачи исследования:

1. Изучить литературы по выбранной теме.

2. Изучить анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей.

3. Рассмотреть общую характеристику заболеваний дыхательной системы у детей.

4. Изучить деятельность медицинской сестры поликлинического отделения в реабилитации детей с заболеваниями органов дыхания.

5. Сформировать выводы.

Методы исследования: информационный анализ документов литературы, наблюдение.

Структура работы состоит из содержания, введения, двух глав, первая теоретическая, вторая практическая, заключения и списка использованной литературы.

Глава I. Теоретические аспекты реабилитационного процесса у детей с заболеваниями дыхательной системы.

1.1 Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей

Дыхательные пути ребенка делятся на три основных отдела:

1. верхний – состоит из носа и глотки;
2. средний - состоит из гортани, трахеи и бронхов;
3. нижний – состоит из бронхиолы, альвеолы.

Когда ребенок рождается, строение указанных органов еще находиться, а процессе развития, именно с этим, и связаны функциональные особенности дыхания. В общем, все органы дыхания ребенка становятся полностью сформированными в 7 лет, а потом они лишь растут, т.е. увеличиваются в размерах. Дыхательные пути ребенка намного меньше, чем у взрослого и имеют значительно уже просвет, нежели у взрослых. Конечно же и слизистые оболочки более тонкие и ранимые, железы незначительно развиты, хрящевой каркас дыхательных путей мягкий и податливый[11, с.67].

Все это в комплексе свидетельствует о низкой барьерной функции слизистой оболочки, более легкому проникновению инфекционных и атопических агентов в кровяное русло, возникновению предпосылок к сужению дыхательных путей за счет отека.

Нос и носоглоточное пространство у детей очень маленького размера. Носовые ходы очень узкие, а раковины очень толстые, все это говорит о том, что даже при самом маленьком отеке ребенку будет нечем дышать.

С придаточных пазух к моменту рождения сформированы только гайморовы (развиваются до 7 лет жизни). Етмоидальна, сфеноидальна и две фронтальные пазухи заканчивают свое развитие до возраста 12, 15 и 20 лет соответственно.

Носослезный проток очень короткий и недоразвитый, поэтому любая инфекция очень легко проникает из носа в конъюнктивальный мешок.

Глотка относительно широкая и мала. Евстахиевы (слуховые) трубы,

соединяющие носоглотку и барабанную полость, короткие, широкие, прямые и расположены горизонтально, что облегчает проникновение инфекции из носа в среднее ухо[16, с.43].

Зев — это анатомическое образование, окруженное внизу корнем языка, по бокам — небных миндалин и скобками, вверху — мягким небом и язычком, сзади — задней стенкой ротоглотки, спереди — ротовой полостью.

Гортань у детей находится выше и длинней, чем у взрослых. Она воронкообразная. Голосовая щель узкая, мышцы ее легко утомляются. Голосовые связки толстые, короткие, слизистая оболочка очень нежная, рыхлая, легко ведет к отеку подслизистой оболочки при респираторной инфекции и возникновения синдрома крупа.

Трахея относительно большей длины и ширины, воронкообразной формы, содержит 15-20 хрящевых колец, очень подвижная. Стенки трахеи мягкие, легко спадаются. Слизистая оболочка нежная, сухая.

К моменту рождения ребенка бронхиальное дерево сформировано.

Размеры бронхов интенсивно увеличиваются на 1-м году жизни и в подростковый период. Хрящи бронхов очень эластичные, мягкие, легко смещаются. Бронхи у детей относительно широки, правый главный бронх является почти прямым продолжением трахеи, поэтому именно в нем зачастую оказываются посторонние предметы[18, с.78].

Для самых мелких бронхов характерна абсолютная узость, чем объясняется возникновение обструктивного синдрома именно у детей раннего возраста. Слизистая оболочка крупных бронхов покрыта мерцающим реснитчатым эпителием, который выполняет функцию очищения бронхов (мукоцилиарный клиренс). Незавершенность миелинизации блуждающего нерва и недоразвитие дыхательных мышц способствуют отсутствию кашлевого рефлекса у маленьких детей или очень слабого кашлевого толчка. Накопленная в мелких бронхах слизь легко

закупоривает их и приводит к возникновению ателектазов и инфицированию легочной ткани.

Легкие у детей, как и у взрослых, имеют сегментарное строение. Сегменты разделены между собой тонкими соединительнотканными перегородками. Основная структурная единица легкого — ацинус, но терминальные его бронхиолы заканчиваются не кистью альвеол, как у взрослых, а мешочком (sacculus), с «кружевным» краев которого постепенно формируются новые альвеолы, количество которых у новорожденных в 3 раза меньше, чем у взрослых. С возрастом увеличивается и диаметр каждой альвеолы. Параллельно нарастает жизненная емкость легких. Интерстициальная ткань легких рыхлая, богатая сосудами, клетчатку, содержит мало соединительнотканных и эластических волокон. В связи с этим легочная ткань у детей первых лет жизни более насыщена кровью, менее воздухоносные[13, с.34].

Основные функциональные физиологические особенности органов дыхания у детей следующие:

- Дыхания у детей частое (что компенсирует малый объем дыхания) и поверхностное. Частота тем выше, чем младше ребенок (физиологическая одышка.
- У новорожденных дыхание неритмичное с короткими остановками (апноэ). Преобладает диафрагмальный тип дыхания, с 1-2-летнего возраста он смешанный, с 7-8-летнего — у девочек — грудной, у мальчиков — брюшной.
- Дыхательный объем легких тем меньше, чем младше ребенок.
- Жизненная емкость легких у детей значительно ниже, чем у взрослых.
- Газообмен у детей более интенсивный благодаря богатой васкуляризации легких, большой скорости кровообращения, высоким диффузионным возможностям.

1.2. Общая характеристика заболевания дыхательной системы у детей

Заболевания органов дыхания у детей на данный момент занимают одно из первых мест во всем мире в патологии детского и грудного возраста. Изучив литературу, мы можем утвердительно заявить, что больше половины обращений в поликлиники и больницы именно детей с заболеваниями дыхательной системы[3, с.45].

Также мы можем заявлять о том, что успехи в лечении заболеваний дыхательной системы у детей очень показательны на сегодняшний день, но тем не менее случаи смертности остаются довольно распространенными и на сейчас.

Мы предлагаем рассмотреть основные заболевания органов дыхания у детей.

*Острый ринофарингит.*Любой возникший ринит у ребенка грудного возраста - это ринофарингит. Процесс заболевания сразу же сосредотачивается в носу и носоглотке, бывают случаи, что и в гортани, и в бронхах одновременно. Чаще всего данное заболевание передается воздушно-капельным путем и спровоцировано аденовирусной инфекцией. У новорожденных очень часто данное заболевание приводит к тяжелым последствиям и даже к летальному исходу[18, с.34].

Острый ларингит - это заболевание, которое возникает чаще всего выше- или нижележащих отрезков дыхательных путей. При этом раздражители могут быть абсолютно разными. Данная болезнь характерна и встречается у детей старшего возраста.

Признаки болезни – повышенная температура, охриплость, першение, сухость в горле, кашель с мокротой, проблем с дыханием чаще всего не возникает[18, с.45].

Ложный круп у детей грудного возраста относится к числу частых и

тяжелых осложнений при острых респираторно-вирусных заболеваниях.

Признаки – ребенок беспокойный, плачет, кашляет, дыхание затрудненное. Приступ чаще всего повторяется на следующую ночь, но не всегда.Родителям нужно обязательно уметь различать, ложный круп от настоящего. Ложный круп возникает внезапно, при нем сохраняется голос, он как внезапно появляется, так внезапно и пропадает. Истинный круп характеризуется, тем что дыхание затрудняется постепенно, и быстро не проходит, а голос начинает постепенно пропадать[18, с.47].

*Бронхит.*Чаще всего возникает на фоне респираторной инфекции или при поражении носоглотки, глотки, трахеи. Как самостоятельная болезнь бронхит встречается очень редко. Иногда бронхит также может быть предшественником пневмонии или же осложнять ее.

У детей с раннего возраста бронхит нередко сопутствует тифозно -паратифозной инфекции и другим острым инфекционным заболеваниям.

Бронхит возникает повторно или бывает затяжным чаще всего у детей раннего возраста, которые перенесли или же болеют рахитом, экссудативным диатезом. Дети старшего возраста повторно болеет бронхитом в случае воспалительных процессов в носоглотке. У некоторых детей затяжной бронхит впоследствии может перерасти в бронхиальную астму[19,с. 67].

Ангина - общее инфекционное заболевание с выраженными воспалительными изменениями небных миндалин и в значительно меньшей степени всего лимфаденоидного кольца глотки. Возникает при поражением различных микроб, а их внедрение облегчают различные факторы, которые понижают силы сопротивления организма.

Ангина бывает:

- Катаральная
- Лакунарная

- Фолликулярная

Ангины могут быть самостоятельным заболеванием либо одним из симптомов при ряде инфекционных заболеваний (корь, скарлатина и др.) или при болезнях кроветворных органов (лейкозы)[2, с. 34] .

Хронический тонзиллит. Во время заболеваний ангинами, скарлатинами и другими вирусными болезнями в миндалинах происходит гибель лимфаденоидной ткани и замена ее соединительной тканью. Этот процесс может протекать с увеличением объема миндалин, а иногда и с уменьшением его.

Хронический тонзиллит характеризуется такими признаками как общая интоксикация и местные изменения, при надавливании на миндалины выделяется гноевидная жидкость, неприятный запах изо рта.

Проявлениями интоксикации при данном заболевании являются длительная субфебрильная температура, похудание, плохой аппетит, синева под глазами, раздражительность, неспокойный сон, быстрая утомляемость и др[7,с.56].

Пневмонии. Как мы уже отмечали раньше, пневмония занимает одно из первых мест по смертности во всем мире.

Мелкоочаговые пневмонии наиболее распространенные в детском возрасте. У детей до 2-х лет они встречаются очень часто и составляют даже больше чем 80 % в общей таблице заболеваний легких.

Ребенок, который в детском возрасте перенес пневмонию, чаще всего в дальнейшем страдает легочной патологией, в том числе и хронической пневмонией.

Конечно у всех детей пневмония протекает по-разному. Тяжесть

заболевания зависит от состояния иммунитета, реактивности организма и ряда других факторов окружающей среды.

Мелкоочаговая пневмония детей раннего возраста – это полиэтиологичное заболевание. Возбудителями ее могут быть бактерии, вирусы, паразиты, грибки, микоплазмы.

В последние годы различные вирусы приобретают все большее значение в развитии пневмонии у детей раннего возраста. Возбудителями пневмонии могут быть вирус гриппа, парагриппозные вирусы, аденовирусы, пневмовирусы, вирусы кори, гепатита, орнитоза и др.

Вирусные пневмонии в большинстве случаев протекают в виде атипичных интерстициальных форм и характеризуются выраженной устойчивостью к современным терапевтическим средствам, в первую очередь к антибиотикам.

Решающее значение в возникновении пневмоний у детей раннего возраста имеет состояние макроорганизма, его реактивность. Снижение сопротивляемости, защитных рефлекторных механизмов создает благоприятную почву для развития того или иного возбудителя. Это снижение реактивности может быть обусловлено воздействием различных неблагоприятных факторов в анте-, интра- и постнатальном периодах развития ребенка (заболевания матери, токсикозы, нарушения маточно-плацентарного кровообращения и т. д.)[9, с. 35].

Бронхиальная астма занимает важное место в патологии детского возраста. В наше время очень сильно увеличилась распространенность данного заболевания. Намного возросло количество летальных исходов во время тяжелых приступов удушья. Этому заболеванию подвержены абсолютно все дети, но у большинства из них это заболевание начинается в первые 3 года жизни.

В возникновении и развитии бронхиальной астмы у детей огромную роль играет наследственность. У большинства детей, которые болеют бронхиальной астмой в роду выявляются такие заболевания как экзема, астма, мигрень, подагра и т.д.. Помимо этого немаловажную роль играют и факторы окружающей среды, среди которых на первом месте неправильное вскармливание, различные инфекционные заболевания, неблагоприятные условия быта и проживания и т.д.

Обязательным условием возникновения бронхиальной астмы является сенсибилизация организма, связанная с воздействием на него различных аллергенов[1, с.24].

Крупозная пневмония — инфекционно-аллергическое заболевание с циклическим патоморфологическим и клиническим течением.

Данное заболевание распространено среди детей школьного и дошкольного возраста. Данное заболевание развивается на фоне предшествующей сенсибилизации организма. Это происходит тогда, когда организм ослаблен в сопротивляемости при переохлаждении, нарушений условий питания и т.д.

Возбудителями крупозной пневмонии чаще являются пневмококки (IV тип), выделяют также стрептококки, стафилококки, палочка Фридлендера[18, с.57].

Плевриты - воспалительный процесс плевры чаще бывает вторичным, является осложнением других заболеваний.

Различают сухой и выпотной плевриты. Сухой плеврит в большинстве случаев обусловлен туберкулезом, иногда ревматизмом и другими заболеваниями, поэтому при нем всегда наблюдаются симптомы основного заболевания. Локализация сухого плеврита может быть различной: у основания легких (диафрагмальный), верхушечный (апикальный),

междолевой, медиастинальный[20, с.34].

1.3. Реабилитационный процесс при заболеваниях органов дыхательной системы детей на поликлиническом этапе

Реабилитация - это восстановление здоровья, функционального состояния и работоспособности организма, нарушенного болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами.

Этапы ребилитации:

I. Амбулаторный этап реабилитации, длится с момента выявления больного и до его госпитализации. Задачами этого этапа реабилитации являются:

- своевременное выявление заболевших и пострадавших;
- уточнение характера заболевания;
- взятие больного на диспансерный учет;
- определение показаний для стационарного или санаторного лечения, выработка предполагаемых сроков и программы реабилитации;
- проведение амбулаторного восстановительного лечения.

В содержание амбулаторного этапа реабилитации чаще всего входят применение медикаментозной и функциональной реабилитации (лекарственные препараты, аэрозоли, ЛФК, массаж, физиопроцедуры), но немаловажное значение н этом этапе имеют и элементы психологической (контакт врача с больным, вера больного в излечение) и профессионально-социальной реабилитации (освобождение от работы по листкам временной нетрудоспособности, сокращение рабочего дня и др.).

II. Стационарный этап реабилитации. Продолжительность стационарного этапа реабилитации определяется формой и фазой основного заболевания, характером осложнений и сопутствующих болезней, возрастом больного. Не в каждом отдельном случае важен индивидуальный подход.

Основные задачи стационарного этапа реабилитации:

- уточнение диагноза (формы, фазы, протяженности процесса, осложнений и сопутствующих заболеваний);
- определение срока, выработка и проведение в жизнь наиболее оптимального варианта лечебно-восстановительных мероприятий;
- в показанных случаях освидетельствование (переосвидетельствование) больного на ВТЭК;
- подготовка организма больного к режиму реабилитационного отделения санатория или амбулаторного этапа реабилитации.

III. Санаторный этап реабилитации ,наиболее эффективен, если он производится в специализированном санаторном отделении реабилитации. Основной целью реабилитации в специализированном санаторном отделении является закрепление результатов восстановительного лечения, достигнутого на стационарном или амбулаторном этапах реабилитации, восстановление или

IV. Поликлинический или диспансерный этап реабилитации характеризуется динамическим наблюдением за состоянием здоровья больного ребенка, для его оздоровления и поддерживающего лечения. Данный этап является наиболее важным в системе реабилитации. На нем предполагается полная реадаптация и ресоциализация к предшествовавшим заболеванию нагрузкам и условиям[13, с.67].

Основные виды реабилитации детей с заболеваниями органов дыхательной системы и их особенности:

Физическая реабилитация. Она предполагает собой широкий спектр различных физических тренировок, систему дыхательных упражнений, элементы йоги, звуковую и дренажную гимнастику, постуральный дренаж.

Физические тренировки проходят в форме ЛФК, ходьбы, бега, плавания, ходьбы на лыжах, катания на коньках, круговой тренировки.

Дыхательные упражнения. Лучше всего дыхательные упражнения применять в комплексе с лечебной гимнастикой. В таком случаи они оказывают не только физическую тренировку, но и оказывают позитивное влияние на дренажную функцию бронхов, вентиляцию бронхов, улучшают газообмен и т.д.[17, с.18]

Лечебное плавание. Плавание рекомендуют проводить в бассейнах как закрытого, так и открытого типа. Температура воды должна быть 26 - 28°С.

Занятия в бассейне позволяют не только сочетать физические тренировки с гимнастикой, но и позволяют входить под воду, что создает положительное давление в конце выхода.

Физические тренировки на тренажерах. Данный вид реабилитации пока что не широко не используется, но если сравнивать его с ходьбой на лыжах или же плаванием, то по эффективности он занимает первое место в реабилитации детей болеющих заболеваниями органов дыхания[12, с.46].

Методика круговой тренировки. В большинстве случаев данный вид реабилитации рекомендуют при заболеваниях легких необструктивного течения. Упражнения отбираются из гимнастики и складываются в единый цикл. Сами по себе упражнения не сложные, повторяются много раз, в чем, собственно говоря, и заключается тренировка.

Звуковая гимнастика. Суть заключается в применении упражнений, которые предполагают произнесение в определенной последовательности и правильным способом с первоначальным выполнением двух обязательных упражнений. Это «закрытый стон» – мммм и «очистительный выдох» – пффф.

Самой главной особенностью звуковой гимнастики можно считать то, что ее можно применять в амбулаторных условиях после обучения упражнениям больных[5, с.32].

Лечебный массаж. В реабилитации детей с заболеваниями

дыхательных органов все чаще используют массаж. С помощью массажа снимется ощущение утомления дыхательной мускулатуры, улучшается кровообращение, происходит стимуляция отхождения мокроты и даже удается снять спазм дыхательной мускулатуры.

На практике используют много видов массажа. Это классический массаж – массаж мышц спины и грудной клетки; точечный – предполагает надавливание в определенных точках на поверхности тела и, конечно же, самомассаж – больной самостоятельно применяет доступные ему способы классического и точечного массажа.

Самомассаж играет очень важную роль при реабилитации домашней или амбулаторной. Также очень важным в данном случае является обучение самомассажа на санаторном или стационарном этапе реабилитации.

Постоянный электрический ток. Его используют для стимуляции обменных процессов в патологическом очаге и для введения лекарствметодом электрофареза. Импульсные токи применяют для стимуляции дыхательных мышц, снижения тонуса гладкой мускулатуры бронхов, улучшения отхождения мокроты[8, с.14].

Ультрафиолетовые облучения. Применяются как способ снижения реактивности организма. В настоящее время круг показателей для УФО при бронхолегочных заболеваниях значительно сузился вследствие обнаруженного эффекта угнетения клеточного иммунитета.

Тепловые процедуры. Применяются такими теплоносителями как парафин, озокерит, грязи, глина. Они способствуют снижению спазмов в бронхах, стимулируют процесс отхождения мокроты, улучшают кровообращение в легких. Обязательно нужно учитывать химический состав грязей. Облучение видимым светом, а также инфракрасными лучами тоже относят к тепловым процедурам[9, с.28].

Ультразвуковые колебания. Чаще всего их используют для стимуляции отхождения мокроты, улучшения кровообращения профилактики спаечных

процессов в плевральной полости. Назначение процедур ультрафонофореза назначают в тех случаях, если нужно сочетать указанные свойств ультразвука и особенности влияния лекарственных средств.

Магнитотерапия. Данный вид реабилитации не используется широко, так как считается не очень эффективным, тем не менее, он считается очень эффективным при лечении затяжных пневмоний и бронхитов.

Аэрозольная терапия. Данная терапия занимает очень важное место в реабилитации больных с заболеваниями органов дыхания. Сюда же относят лечение в хлоридных и соляных комнатах[11, с.13].

Скипидарные ванны. Они раздражают кожные покровы, тем самым улучшают периферическую микроциркуляцию, снимают воспалительные процессы.Проникающий через кожу и дыхательные пути скипидар вызывает рефлекторные изменения в регуляции работы дыхания, усиливает дренажную функцию бронхов.

Мануальная терапия. Данный вид терапии используют в основном для ликвидации болей при травмировании грудного отдела позвоночника, который приводит к ограничениям подвижности грудной клетки[12, с.23].

Психотерапия. Использование психотерапии позволяет влиять на невротический компонент соматического заболевания и на личность больного с целью изменения его реакции на болезнь, коррекции масштаба переживания болезни, улучшения ее функционирования в новых условиях соматического заболевания.

Глава 2 Анализ деятельности медицинской сестры поликлиники в реабилитационном процессе у детей с заболеваниями дыхательной системы

2.1. Оценки по статистическим показателей у детей заболеваний дыхательной системы

На структуру заболеваний дыхательной системы существенное влияние оказывают возрастные анатомо-физиологические особенности, тесно связанные с морфологической и функциональной незрелостью органов дыхания. Они проявляются в своеобразии реакций детского организма на инфекцию и другие повреждающие факторы. Наличие у ребёнка аллергических заболеваний, иммунных нарушений, пороков развития дыхательной системы, а также неблагоприятные экологические факторы могут повышать риск развития заболеваний органов дыхания.

На сегодняшний день заболевания органов дыхания у детей являются самыми распространенными болезнями. В общей таблице заболеваемости данные болезни составляют 60 %, подростков и взрослых 50% и 30 %. К данным болезням относят такие всем известные заболевания, как ОРВИ, бронхиты, грипп и др. [12, с. 54].

Только гриппом в период эпидемии заболевает от 5 до 10% населения страны, при этом около 50% заболевших составляют дети. По данным Института пульмонологии Минздрава России, ежегодный рост заболеваемости болезнями органов дыхания в России составляет 5-7%. Исследования показывают, что наибольшую долю среди заболеваний, лечение которых проводится в амбулаторно-поликлинических условиях, составляет патология органов дыхания [1].

Болезни органов дыхания несут для общества большие экономические потери, которые определяются затратами по временной нетрудоспособности

и инвалидности, а также смертностью. В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности им принадлежит ведущее место − 42,6% среди всех причин, или 38,2% среди всех заболеваний. Число случаев временной нетрудоспособности по этому классу болезней составляет около 26,6 на 100 работающих [18].

По данным официальной статистики, болезни органов дыхания стабильно находятся на первом месте в структуре общей заболеваемости детей, составив в 2015 году их половину. Уровень общей заболеваемости детей от 0 до 14 лет по данным обращаемости составил в 2015 году 225065,4; из них на болезни органов дыхания приходится 112297,8 случаев на 100 000 детей. Обращаемость подростков в возрасте 15-17 лет по поводу болезней органов дыхания значительно ниже (в 2015 году 61820,0 случаев на 100 000 детей), что от общей заболеваемости (186949,6) составляет 33%.

В Российской Федерации в структуре общей заболеваемости болезнями органов дыхания у детей в возрасте 0-14 лет первое ранговое место занимают хронические болезни миндалин и аденоидов (3612,9 на 100 000 детского населения), уровень которых превышает уровень других болезней органов дыхания в несколько раз, второе − бронхиальная астма (1189,4), третье – острые пневмонии (814,3), четвертое − хронический фарингит и назофарингит (662,7), пятое – аллергический ринит (448,8), шестое – хронический бронхит и эмфизема легких (204,3) и седьмое – другая хроническая обструктивная легочная и бронхоэктатическая болезнь (88,1(таблица 1)) .

Таблица 1 Структура заболеваемости болезнями органов дыхания у детей

№п/п	Болезнь	Возраст	Количество на 2015 г. на 100 000 детского населения
1.	хронические болезни миндалин и аденоидов	0-14 лет	3612,9
2.	бронхиальная астма	0-17 лет	1189,4
3.	острые пневмонии	0-17 лет	814,3
4.	хронический фарингит и назофарингит	0-14 лет	662,7
5.	аллергический ринит	0-14 лет	448,8

6.	хронический бронхит и эмфизема легких	0-17лет	204,3
7.	другая хроническая обструктивная легочная и бронхоэктатическая болезнь	0-12 лет	88,1

2.2. Деятельность медицинской сестры поликлиники в реабилитационном процессе у детей с заболеваниями дыхательной системы

Реабилитация при бронхиальной астме позволяет пациенту пройти все промежуточные этапы заболевания, максимально восполнив возможности собственного организма.

Больные БА должны находиться на диспансерном учёте у участковых врачей, которые в случае необходимости консультируют их с пульмонологом и др. специалистами (аллергологом, дерматологом, ЛОР врачом), решают вопросы госпитализации, трудоустройства.

Переход на ступень вверх (усиление медикаментозного лечения) необходим в случаях невозможности контроля заболевания на предыдущей ступени при условии правильного выполнения больным назначений врача.

Санаторно - курортное лечение показано большинству больных лёгкого и среднетяжёлого течения в фазе ремиссии при удовлетворительных показаниях ФВД. БА тяжёлого течения, гормонозависимый вариант, являются противопоказаниями к направлению на СКЛ.

СКЛ в местных условиях даёт хороший клинико - функциональный эффект у большинства больных БА. При отсутствии эффекта в местных условиях или неблагоприятном климате зоны проживания рекомендуется лечение в другом климатическом поясе: Крыма, Кавказа, Средней Азии, Прибалтики.

Профилактика БА заключается в санации очагов инфекции, предупреждении и своевременном лечении острых респираторных заболеваний, хронического бронхита. Имеет значение соблюдение техники безопасности на химических заводах, борьба за оздоровление экологии. Вторичная профилактика проводится по линии диспансеризации пациентов в

поликлиниках.

Во время преддипломной практики я курировала пациента Маликова Евгения Александровича 7 лет с бронхиальной астмой легкого течения.

С истории болезни Евгения мы знаем, что он состоит на диспансерном учете с 12.02.2016 г по группе Д III. По плану он должен проходить осмотр 3 раза в год.

Мною была разработана и применена на практике следующая программа реабилитации пациента Маликова Евгения Александровича.

Реабилитация пациента Маликова Евгения Александровича с бронхиальной астмой легкого течения.

Цель: закрепить положительные результаты, достигнутые на этапе стационарного лечения, и провести комплекс реабилитационных мер, направленных на достижение устойчивой ремиссии.

Задачи:

1. Уменьшение спазмов бронхов и бронхиол.

2. Улучшение вентиляции легких.

3. Активизация трофических процессов в тканях

4. Противодействие развитию эмфиземы легких.

5. Обучение пациента управлению своим дыхательным аппаратом во время астматического приступа с целью облегчить его

6. Обучение удлиненному выдоху.

7. Восстановлению нормального механизма дыхания.

Мы будем использовать:

- ЛФК
- Физиотерапевтические методы
- Закаливание
- Массаж

Курс ЛФК делится на три периода:

1. Щадящий (в стационаре).

2. Функциональный (в стационаре).

3. Тренировочный (в условиях поликлиники или санатория).

Первые два периода пациент прошел в стационаре.

Третий период – рекомендации:

Формы занятий: утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, дозированная ходьба.

Занятия лечебной гимнастикой включают специальные упражнения:

1. Дыхательные упражнения с удлиненным выдохом.

2. Дыхательные упражнения с произношением гласных и согласных букв, способствующие рефлекторному уменьшению спазма бронхов и бронхиол.

3. Упражнения на расслабление мышц пояса верхних конечностей.

4. Диафрагмальное дыхание.

5. Упражнения для укрепления мышц брюшного пресса (наружных и внутренних косых мышц живота, прямой мышцы живота), способствующие улучшению выдоха.

Между дыхательными упражнениями с произношением звуков обязательно включают паузы отдыха в течение 20-30 секунд для расслабления мышц. Дозировка упражнений 4-12 раз. Темп медленный и средний.

Курс 14 дней.

Еще один курс 7 дней со следующими рекомендациями.

Исходное положение – стоя. Применяют те же специальные упражнения, что в предыдущем периоде. Добавляем дозированные занятия греблей, лыжами, коньками, волейбол и баскетбол.

Физиотерапевтические методы лечения:

1. Электроаэрозоли, бронхоспазматические препараты для снятия обструктивных нарушений со стороны бронхов.

2. Электрофорез, с использованием 2% калия йода.

3. Амплипульстерапия паравертебрально на грудной отдел. Режим воздействия -1,род работы 3-4, по 5 минут каждый. Частота 90 Гц. Сила тока 10-12 мА.

Процедуру проводят ежедневно. Курс лечения 10 процедур.

4. Амплипульстерапия по методике электростимуляции диафрагмального нерва и диафрагмы. Продолжительность 8-10 минут, процедуру проводят ежедневно. Курс лечения 8-10 процедур

5. Ультрафиолетовое облучение кожи грудной клетки по 2-3 биодозы, через день. Курс лечения 4-5 процедур.

6. Стимулирующий массаж грудной клетки с преобладанием ударных приемов вибрации, 25 минут, курс лечения 10 процедур.

7. Галотерапия (после купирования приступов). Концентрация натрия хлорида 2-4 мг/м^3. Продолжительность 45-60 минут, ежедневно. Курс лечения 15 процедур.

Массаж

Длительность массажа спины 8—10 мин. Массаж передней стенки грудной клетки проводится, когда больной лежит на спине. Направление

массажных движений от нижнего края реберных дуг к ключице, плечам и подмышечным ямкам, особенно тщательно проводится массаж фуди в над- и подключичной области. Используют приемы поглаживания, кругового растирания, продольного разминания. Заканчивается массаж груди мягким сжатием грудной клетки несколько раз во время выдоха. Длительность массажа груди 5—6 мин, общее время процедуры — 15 мин, курс лечения 12—15 процедур ежедневно.

Для пациента Маликова Евгения Александровича рекомендуется:

- В летний период времени пройти курс реабилитации в условиях санатория.

На каждого пациента составляется индивидуальная программа реабилитации со своими целями и задачами, мерами ,средствами и методами в зависимости от болезни и ее степени тяжести.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Человек очень взаимосвязан с окружающей средой. Умело собранный, четко продуманный, своевременный анамнез помогает не только правильно распознавать болезни, но в то же время позволяет контролировать состояние окружающей среды.

Проанализировав течение и природу болезней дыхательных путей можно однозначно сказать, что оздоровление окружающей среды – одна из самых важнейших задач нашего государства.

Также можно сделать вывод, что за последние годы очень возросла смертность, связанная с бронхиальной астмой и не только в России, а и в зарубежных странах. Вместо того что бы решать проблему у нас выпускается огромное количество выпускаемых разнообразных противоастматических и диагностических средств. Всё это явно свидетельствует о недостаточной эффективности существующей системы помощи.

На сегодняшний день можно также утверждать, что ситуации приоритетным становится лечение больных БА в амбулаторных условиях с диспансерным их ведением и использованием дневных стационаров для лечения обострений. Очень важную роль в процессе полного выздоровления играет реабилитация.

Медицинская сестра активно участвует в процессе. Она контролирует выполнение назначенного лечения пациентами, ведет разъяснительную работу, убеждая их проходить необходимые курсы лечения, проводит санитарное просвещение, а также занимается реабилитацией пациентов.

В условиях поликлиники важную роль в реабилитации играет медицинская сестра, которая непосредственно является составителем и контролером выполнения всей программы.

Можно сделать вывод, что профилактикой бронхиальной астмы есть предупреждение и своевременное лечение инфекционных заболеваний, хронического бронхита. Вторичная профилактика осуществляется на этапе диспансеризации в поликлинике.

Как оказалось, на практике составлять и разрабатывать программу реабилитации, если ты досконально изучил эту тему, не составляет особого труда, а вот воплощение ее в жизнь намного труднее. Очень мало пациентов, а в данном случае родителей подходят сознательно к реабилитации в домашних условиях и выполнении всех указаний амбулаторно. Поэтому, чаще всего, поставленные цели не достигаются, как случилось и в моем случае.

Мы можем сделать вывод, что нужно еще много времени и работы не только ученых, но и сотрудников всей сферы медицины, дабы донести до родителей, что в реабилитации детей с заболеваниями дыхательной системы на поликлиническом этапе важную роль и большую долю ответственности отводится именно им.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болотовский, Г.В. Бронхиальная астма.: заболевание которое в настоящее время считается неизлечимым / Г.В. Болотовский., Ф. А Брокгауза.- М.: Медицина, 2010.-345с.
2. Боголюбов, В.М. Внутренние болезни. Учебная литература для учащихся медицинских училищ / В.М. Боголюбов.- М.: Медицина. М.: Изд- во: Эксмо, 2010.-123с.
3. Воробьева, Н.С. Справочник врача общей практики. В 2-х томах. Учебное пособие/ Н.С. Воробьева – М.: Изд-во: Эксмо, 2011.- 960с.
4. Галкин, В.А. Внутренние болезни / В.А. Галкин. -3-е изд., перераб. и доп.-М.: Медицина, 2011.- 400с.
5. Давлицарова, К. Е. Основы ухода за больными. Первая медицинская помощь: Учебное пособие / К. Е. Давлицарова. - М.: Форум: Инфа – М, 2010.-386с.
6. Иванов, С.М. Лечебная гимнастика для детей, больных бронхиальной астмой./ С. М. Иванов - М.: Медицина, 2011.- 134с.
7. Князев, Ю.А., Никберг. И.И. Бронхиальная астма/ Ю.А. Князев, И.И Никберг. - М.: медицина, 2010.-237с.
8. Мухина, С.А., Тарновская И.И. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» / С.А. Мухина, И.И Тарновская. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. - 512 с.
9. Медицинская сестра. Научно - практический и публицистический журнал - Издательский дом «Русский врач» - №1-2010, №5 2010. -78с.
10. Медсестра - Научно-практический журнал - Медиздат - №2-2011.- 127с.
11. Мокина, Н. А. Немедикаментозная терапия бронхиальной астмы у детей. Современное состояние проблемы. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. / Н. А. Мокина .№3, 2011.-89с.
12. Сестринский уход за новорожденным в амбулаторно-поликлинических

условиях. Под ред. Д.И. Зелинской. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.